

STOMIES DIGESTIVES : EXPERIENCE DU SERVICE DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT G

SANOZO ZZ¹, YENA S¹, SIMAGA AK¹, DOUMBIA D², OUATTARA Z³,
DIALLO AK², SANGARE D¹, SOUMARE S¹.

1. Service de chirurgie A,
2. Service d'anesthésie-réanimation,
3. Service d'urologie Hôpital du Point G Bamako Mali

RESUME

BUT : le but était d'identifier les pathologies « mères » et les difficultés des malades stomisés.

MATERIEL ET METHODES : il s'est agi d'une étude rétrospective de 58 mois (du 01/10/98 au 31/10/02) dans le service de chirurgie générale « A » de l'Hôpital du Point G Bamako. Tous les malades opérés porteurs d'une colostomie ou d'une iléostomie ont été inclus dans l'étude. Les stomies d'alimentation et les fistules intestinales péri opératoires n'ont pas été retenues.

RESULTATS : 103 malades ont été recensés. 82,5% des cas ont été reçus en urgence. L'âge des malades a varié de 0-80 ans avec une moyenne de 41 ans. Les indications essentielles pour une stomie ont été le volvulus du sigmoïde et les perforations iléales typhiques vus tard. Les colostomies ont été les plus fréquentes (47,6%) suivies des iléostomies (36,9%). La stomie temporaire a représenté 88,3% des cas. La morbidité a été faite de lésions d'irritation cutanées. La continuité intestinale a été rétablie au bout d'un délai moyen de 30 jours. L'appareillage de la stomie a utilisé des moyens précaires en l'absence de poches de colostomie. La durée moyenne d'hospitalisation a été de 39 jours. Le taux de mortalité a été de 6,79%.

CONCLUSION : les indications de stomie dans notre contexte d'exercice sont le volvulus du sigmoïde et les perforations iléales typhiques. La gestion de la stomie pose de nombreux problèmes. L'information pré opératoire est importante. Le matériel local a été privilégié pour suppléer au manque et au coût élevé du kit d'importation. La formation d'infirmières stomathérapeutes demeure une nécessité vu la fréquence et les problèmes de prise en charge des stomisés.

MOTS CLES : stomie, stomathérapie, complications, gestion.

SUMMARY

Digestive stomies : experiment of the service of surgery "A" of the CHU of the Point G

Aims : The goal was to identify pathologies " mothers " and the difficulties of the stomized patients.

MATERIEL AND METHODS it was about a retrospective study of 58 months (of the 01/10/98 to the 31/10/02) in the service of general surgery " A " of the Hospital of the Point G Bamako. All the operated patients carrying a colostomy or a ileostomy were included in the study. The stomies of feeding and the dents intestinal perished operational were not retained.

RESULTS 103 patients were listed. 82,5% of the cases were received in urgency. The age of the patients varied from 0-80 years with a 41 years average. The essential indications for a stomy were the volvulus the sigmoid one and the typhic perforations iléales seen late. The colostomies fréquentes (47,6%) were the most followed iléostomies (36,9%). The temporary stomy accounted for 88,3% of the cases. Morbidity was made cutaneous lesions of irritation. Intestinal continuity was restored at the end of 30 days an average time. The equipment of the stomy used precarious means in the absence of pockets of colostomy. The average duration of hospitalization was 39 days. The death rate was 6,79%.

CONCLUSION the indications of stomy in our context of exercise are the typhic volvulus the sigmoid one and perforations iléales. The management of the stomy poses many problems. Operational pre information is significant. The local hardware was privileged to compensate for the lack and the high cost of the kit of importation. The training of nurses stomathérapeutes remains a need considering the frequency and the problems of assumption of responsibility of stomized.

KEY WORDS : stomy, stomathérapie, complications, management

INTRODUCTION

La stomie digestive est l'ouverture définitive ou temporaire à la peau d'une anse intestinale grêle ou colique[1].

Selon le siège de la stomie, elle sera nommée jejunostomie, coecostomie, ou colostomie. La fréquence des stomies est élevée dans notre contexte d'exercice (103 cas pour 877 laparotomies). Les étiologies sont représentées par des pathologies d'urgence (péritonites, volvulus). La gestion d'une stomie pose d'énormes difficultés : ravitaillement en poches de recueil et utilisation de sachets plastiques comme matériel de substitution, inconfort de l'entourage par défaut de matériel adéquat, difficultés techniques de mise en place des poches, difficultés du malade à accepter la stomie même temporaire.

Notre étude se propose de déterminer la fréquence des stomies dans le service de chirurgie « A », de partager notre expérience et de proposer des éléments d'amélioration de la gestion de la stomie digestive.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'est agi d'une étude rétrospective de 58 mois (01/01/98 au 31/10/2002) dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital du POINT G.

Les critères d'inclusion ont été tous les malades opérés dans le service, porteurs d'une iléostomie, coecostomie, ou colostomie.

Les critères de non- inclusion ont été les stomies d'alimentation et les fistules intestinales péri opératoires

Les paramètres étudiées ont été : le mode de recrutement, l'âge, le sexe, la profession, les indications de la stomie, le caractère temporaire ou définitif de la stomie, les suites opératoires, le délai de rétablissement de la continuité intestinale, la durée d'hospitalisation, le matériel d'appareillage de la stomie.

RESULTATS : 103 malades ont été recensés

Tableau I : répartition des malades selon l'âge

age	Effectif	Pourcentage
0-29 ans	20	19,4
21-40 ans	29	28,1
41-60 ans	38	36,8
61-80 ans	16	15,7
Total	103	100

Tableau II : répartition des malades selon le mode de recrutement

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage
Urgence	85	82,5
Consultations externes	18	17,5
Total	103	100

Tableau III : répartition des malades selon l'indication de la stomie

Indications	Fréquence	%
Volvulus sigmoïde	28	27,2
Péritonite par perforation iléale	19	18,5
Tumeur rectale	13	12,6
Tumeur colon gauche	9	8,7
Occlusion intestinale / bride	7	6,8
Fistule digestive post opératoire	6	5,8
Invagination intestinale aiguë	5	4,9
Fistule digestive traumatique	3	2,9
Tumeur colon droit	3	2,9
Hernie étranglée	2	1,9
Tumeur cœcale	2	1,9
Traumatisme anal	2	1,9
Polypose colique	1	1,0
Tumeur sigmoïde	1	1,0
Malformation ano- rectale	1	1,0
Nécrose intestinale sur abcès du foie rompu	1	1,0
Total	103	100

Tableau IV : répartition des malades selon le type de stomie

Type de stomie	Fréquence	%
Colostomie	49	47,6
Iléostomie	38	36,8
Coecostomie	13	12,6
Iléostomie+colostomie	1	1,0
Coecostomie+colostomie	1	1,0
Iléostomie + coecostomie + colostomie	1	1,0
Total	103	100

Tableau V : répartition des malades selon le caractère temporaire ou définitif de la stomie

Nature de stomie	Fréquence	%
Temporaire	91	88,3
Définitive	12	11,7
Total	103	100

Tableau VI : répartition des malades selon les complications

Type de complication	Effectif	%
Sans complication	57	55,35
Irritation péri stomiale	35	33,98
Suppuration pariétale	5	4,85
Sténose de la bouche de stomie	4	3,88
Lâchage de stomie	2	1,94
Total	103	100

Tableau VII : répartition des malades selon le délai entre stomie et rétablissement de continuité

Délai	Iléostomie	Colostomie	Iléostomie+ colostomie	Total
10-30 jrs	17	34	/	51
31-60	11	11	/	22
61-90	4	3	2	8
>90	1	1		3
Total	33	49	2	84

Tableau VIII : répartition des malades selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	%
(1-30 jours)	39	37,9
(31-60 jours)	50	48,5
(61-90 jours)	9	8,7
>90 jours	5	4,9

Total	103	100
-------	-----	-----

Tableau IX : répartition du type de stomie par rapport à la durée d'hospitalisation

Durée	Iléostomie	Colostomie	Iléostomie + colostomie	Total
1-30 jrs	11	28	/	39
31-60	21	26	/	50
61-90	3	5	1	9
>90	2	2	1	5
Total	37	64	2	103

DISCUSSION :

Données épidémiologiques :

La mise en place d'une stomie demeure un geste chirurgical fréquent dans notre service (103/877 laparotomies, soit 11,74%) sur 58 mois. Il existe en France plus de 80000 stomisés. L'IOA (international stomy association) ressort un chiffre supérieur à 1 million [2]. Nous ne disposons d'aucune statistique locale sur les stomies.

L'âge des malades a varié de 14-80 ans avec une moyenne de 41 ans

Le sexe-ratio dans notre étude a été de 2:1 pour les hommes. Les femmes au foyer (29/103 ; 28,2%) et les agriculteurs (28,2%) ont été les plus représentés. Ce sont des couches sociales à faible revenu ou sans emploi.

QUENU[1] fait une corrélation entre niveau intellectuel et gestion correcte de la stomie.

Le mode de recrutement des malades :

Le malade est reçu en urgence dans 82,5% des cas. Seuls 17,5% des malades ont pu bénéficier d'une préparation psychologique et d'informations suffisantes sur la stomie et le rétablissement de la continuité intestinale. Tous les malades opérés à froid ont été informés dès la première consultation de la nécessité de la stomie, du mode de gestion, des difficultés de cette gestion. Ces informations sont données par le chirurgien. La stomie est ainsi pratiquée après le consentement éclairé du patient et de ses accompagnants.

Etiologies et indications de la stomie :

Les tumeurs coliques ont représenté 27,2% de nos indications de stomies. Les complications occlusives du cancer du colon nécessitent classiquement plusieurs temps[3,1].

Le volvulus du sigmoïde (n= 28 soit 27,2%) et les péritonites par perforation typhique iléale ont été la 2^{ème} cause. Notre préférence pour la stomie s'explique par le fait que les malades sont vus tard, avec un mauvais état général (déshydratation, malnutrition, infection). Une chirurgie large ou longue exposerait le malade à une défaillance multi organique. Dans de meilleures conditions de réanimation, certains auteurs [4,5,6] préfèrent en cas de volvulus une résection, une préparation extemporanée avec rétablissement immédiat de la continuité. En urgence, chez un malade vu tard avec moyens de réanimation dérisoires, le choix d'une technique rapide et efficace s'impose[7].

Type et technique de stomie :

La colostomie a représenté 61,2% des stomies réalisées dans notre étude (n=63/103)

La coecostomie définitive de décharge a été pratiquée 2 fois ; 3,17%.

Les iléostomies ont été réalisées dans 36,9% des cas ; n=38. Une colostomie et une iléostomie ont été effectuées 2 fois, 1,9%. Dans notre série 12 cas de stomies définitives (11,7%) ont été réalisées. Les étiologies ont été le cancer du

colon droit (n=2), le cancer du colon gauche, n=1, le cancer du rectum n=9.

La meilleure technique de mise en place de la stomie impose autant pour la coecostomie que l'iléostomie une localisation adéquate. Le passage de l'anse s'est fait à travers le muscle grand droit. L'orifice de passage ne doit être ni trop serré ni trop large. Le siège de la stomie doit par ailleurs permettre une adhésion cutanée du système d'appareillage.

Le matériel d'appareillage :

La stomie digestive nécessite des soins d'un stomathérapeute. Ce personnel spécialisé est compétent pour le choix du matériel d'appareillage de la stomie et pour les conseils à prodiguer aux patients. Ainsi en est il dans les pays développés. Nous avons préconisé pour tous nos malades un kit à base de sachets plastique transparent et léger de volume suffisant pour une selle adulte. Le sachet est fié autour de l'orifice de stomie à l'aide de sparadrap. Les poches à usage unique sont remplacées 2-3 fois /24H. Les différents kit de fabrication industrielle ne sont pas toujours disponibles dans les officines pharmaceutiques et leur coût est élevé. Pour les stomies définitives les deux possibilités d'appareillage ont été proposées. Pour tous nos malades le matériel a été du sparadrap simple et des sachets plastiques de fabrication locale (habituellement utilisés dans le commerce de l'eau glacée). Ce matériel à bas prix, 50 sachets pour 175 FCA, en l'absence de trousses de stomie sur le marché nous ont été d'un grand secours.

Morbidity : (tableau 6)

La technique de mise en place d'une stomie en détermine les complications futures. La nécrose avec lâchage du moignon est due à la traction du méso ou un trajet pariétal trop serré. Elle représente 2 cas (4,34%) dans notre série. La rétraction par effet d'invagination peut être cause de péritonite. Une réintervention peut être nécessaire. L'éviscération est le fait d'un trajet pariétal trop large et surtout d'une mauvaise fixation entéro-pariétale. Elle impose aussi une réintervention. Les complications tardives les plus fréquentes sont les éventrations et les prolapsus. Elles imposent un remplacement de la stomie.

Elles sont résumées en :

- lésions cutanées à type d'irritation en rapport avec l'agressivité du contenu intestinal (sécrétions biliaires et pancréatiques pour les iléostomies hautes).
- infection de la plaie de laparotomie
- difficultés d'appareillage de la stomie
- charge psychologique avec souvent dénutrition sévère par refus d'alimentation.

Le rétablissement de continuité intestinale a été effectué chez 92,30% de nos malades, n=84/91. Les auteurs comme Baumel [8] recommandent un délai avant rétablissement de 75 jours, 90 jours pour Gallot D[9]. Nous avons rétabli la continuité au bout d'un délai moyen de 30 jours pour 60,7% des cas. Le plus court délai a été de 10 jours et le plus long de 221 jours. La patiente faute de moyens matériel n'est revenue pour le rétablissement de la continuité qu'après 221 jours. Elle s'était accommodée à la stomie qu'elle a géré sans complication. Une mini laparotomie a permis dans les cas d'abouchement à double canon un rétablissement simple sans laparotomie médiane. Un bien être psychique et physique a été observé chez tous les malades après les premières selles par voie naturelle.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 39 Jours dans notre série. La plupart des malades préfèrent sortir seulement après le rétablissement de la continuité.

Mortalité :

Le taux de mortalité a été de 6,79% dans notre étude inférieur à celui de Béatrice [10] en Angleterre et de celui de Harouna au Niger [11] 100% de décès.

CONCLUSION

Les indications essentielles de stomies dans notre service sont le volvulus du sigmoïde, première urgence chirurgicale à l'hôpital du Point G et les perforations iléales typhiques. Les malades sont vus tard. La stomie est rarement contournable. Nous ne tentons pas d'anastomose en milieu septique ou chez des malades dénutris en urgence. Une bonne technique de la stomie minimise les complications de type lâchage ou infection. Le rétablissement de la continuité pour les stomies temporaires dans un délai raisonnable (30 jours) réduit la durée d'hospitalisation et les frais. L'information pré opératoire et post opératoire, de même que la gestion de la stomie nécessitent un personnel qualifié. Une stomie même temporaire demeure une infirmité physique doublée de sa composante psychique.

REFERENCES

- 1- JEAN QUENU - Opérations sur les parois de l'abdomen et sur le tube digestif. Paris Masson 1980, 831-846.
- 2- QUYOT M, CONGE M, MONTANDON S. Appareillages des dérivations digestives. Prise en charge technique et relationnelle des colostomisés et iléostomisés définitifs ou temporaires. *Encycl Med Chir, Tech Chir – App Digestif*, 40 550 ; 2000, 9p.
- 3- BILL G, CONGE M, GUGOT M, MARQUET JM, MONTANDON S - Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence. Atlas B-Braun, Edition 1998.
- 4- MEALY K, SALMAN A, ARTHUR G - Definitive one stage emergency large bowel surgery. *Br J Surg* 1988; 75 :1216-19.
- 5- STEPHENSON BM, SHANDELL AA, FAROUK R, GRIFFITH G - Malignant left-sided bowel obstruction managed by subtotal/total colectomy. *Br J Surg* 1990 ; 77 : 1098-1102.
- 6- SJÖDAHL R, FRANZEN T, NYSTROM PO - Primary versus resection for acute obstruction by colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1992 ; 79 : 689-88.
- 7- WIGMORE SJ, DUTHIC , YOUNG IE, SALDING EN - Restoration of intestinal continuity following Hartmann's procedure: the lothion experience. *Br J Surg* 1995 ; 82: 27-63.
- 8- BAUMEL H - Les colostomies chez l'obese. *Med Chir Dig* 1979 ; 8 : 709-710.
- 9- GALLOT D et BAUDOT PH - Colostomie, *Encycl Med Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales , Appareil digestif*, 40540, 11 – 1987, 10 p.
- 10- BEATRICE VINSON – BONNET - Single stage treatment for malignant left-side colonic obstruction : a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intra operative irrigation. *Br J Surg* 1995; 82: 1622-1627.
- 11- HAROUNA YD, BAZIRA L, VANNEUVILLE G - La perforation typhique de l'intestin grêle à l'hôpital de Niamey, Niger. *Ann Chir* 2001; 126 : 179-81.